



JUSTIFICATIF D'ABSENCE – COURS INTERENTREPRISES (CIE)

Nom et prénom de l'apprenti-e :

Formation et année de formation :

- | | | | |
|--|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> ASA | <input type="checkbox"/> 1 ^{ère} année | <input type="checkbox"/> 2 ^{ème} année | |
| <input type="checkbox"/> ASSC | <input type="checkbox"/> 1 ^{ère} année | <input type="checkbox"/> 2 ^{ème} année | <input type="checkbox"/> 3 ^{ème} année |
| <input type="checkbox"/> ASE | <input type="checkbox"/> 1 ^{ère} année | <input type="checkbox"/> 2 ^{ème} année | <input type="checkbox"/> 3 ^{ème} année |
| <input type="checkbox"/> ASSC formation raccourcie | <input type="checkbox"/> 1 ^{ère} année | <input type="checkbox"/> 2 ^{ème} année | |
| <input type="checkbox"/> ASE formation raccourcie | <input type="checkbox"/> 1 ^{ère} année | <input type="checkbox"/> 2 ^{ème} année | |

Absence annoncée pour le cours du :

Libellé du cours :

- Matin Après-midi Journée entière

Motif :

- Maladie Accident Autre

Signature de l'apprenti-e :

Coordonnées de l'entreprise formatrice :

.....

Nom et prénom du/de la responsable de la formation :

.....

Adresse courriel ou n° de tél. :

L'entreprise formatrice s'engage à ce que le cours soit remplacé au sein de l'entreprise formatrice (au plus tard avant le début du dernier semestre de la formation)

L'entreprise formatrice demande à ce que le cours soit remplacé par le biais de l'organisation de l'OrTra jurassienne santé-social, sous réserve que sa planification le permette

Remarques :

Timbre de l'entreprise formatrice :

Signature du/de la responsable de la formation :

Lieu et Date :

Merci d'envoyer ce document dûment complété à l'OrTra jurassienne santé-social